UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 37

FACULTÉ DE MÉDECINE 6

MALADIE KYSTIQUE DE LA MAMELLE

SON PRONOSTIC

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Février 1913

PAR

François MATHIEU

Né à Trizac (Cantal), le 21 janvier 1881

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine



Examinateurs de la Thèse

GILIS, Professeur, *Président.*
VIRES, Professeur.
SOUBEYRAN, Agrégé } *Assesseurs*
LEENHARDT, Agrégé



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1913

MALADIE KYSTIQUE DE LA MAMELLE

SON PRONOSTIC

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 37

FACULTÉ DE MÉDECINE 6

MALADIE KYSTIQUE DE LA MAMELLE

SON PRONOSTIC

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier



Le 22 Février 1913

PAR

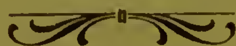
François MATHIEU

Né à Trizac (Cantal), le 21 janvier 1884

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

GILIS, Professeur, *Président.*
VIRES, Professeur.
SOUBEYRAN, Agrégé
LEENHARDT, Agrégé
} *Assesseurs*



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse — Téléphone : 8-78

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✻)	DOYEN.
	SARDA	ASSESSEUR.
	IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM. GRASSET (O. ✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O. ✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT, HAMELIN (✻).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE (ch. d. f.).

Examinateurs de la thèse :

MM. GILIS, ***Président.***	MM. SOUBEYRAN, *Agrégé.*
VIRES, *Professeur.*	LEENHARDT, *Agrégé.*

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRES ET SOEURS

A MES AMIS

F. MATHIEU.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILIS

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

F. MATHIEU.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEENHARDT

F. MATHIEU.

PRÉAMBULE

Nous entrons dans la carrière médicale à une heure difficile ; nos amis, nos aînés, nos maîtres, ne nous ont point caché les désillusions qui attendent celui qui s'y hasarde sans autre fortune que son savoir et son diplôme. Ils nous ont montré combien les exigences de la société actuelle rendent pénible sa tâche, et cadrent mal avec le souci de sa dignité et de son indépendance. Nous l'avons choisie cependant, parce que, si elle mène difficilement à la fortune et aux honneurs, elle est belle entre toutes, par les devoirs qu'elle impose, et par les services qu'elle rend à l'humanité.

Nous ne saurions trop remercier ceux qui nous ont dirigé dans cette voie et permis de mener à bonne fin nos études.

Notre mère n'est plus là pour recevoir le témoignage de notre profonde reconnaissance : c'est avec une tristesse infinie que nous évoquons ici son cher souvenir.

Au cours de notre vie d'étudiant, il nous est arrivé bien souvent de mettre à l'épreuve la patience et la bonté de notre père : elles ne nous ont pas fait défaut

une seconde. Les mots nous manquent pour l'en remercier comme il conviendrait. Sa vie toute de labeur sera pour nous le meilleur des exemples et le plus fertile des enseignements.

Il nous est particulièrement agréable de témoigner à M. le professeur Gilis combien nous sommes sensible à l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous n'oublierons pas les conseils éclairés de ce vénéré maître.

M. le professeur Vires et M. le professeur agrégé Leenhardt ont bien voulu faire partie de notre jury : nous les prions de vouloir bien accepter l'expression de profonde gratitude.

Nous tenons à remercier tout spécialement M. le professeur agrégé Soubeyran, qui nous guida dans ce modeste travail avec une bonne grâce dont nous garderons toujours le souvenir.

Merci à tous nos maîtres des Facultés de Paris et de Montpellier. En mettant en pratique leurs conseils et leur enseignement, nous sommes assuré de ne pas dévier de la grande tradition médicale, toute d'honneur et de dévouement.

MALADIE KYSTIQUE DE LA MAMELLE

SON PRONOSTIC

INTRODUCTION

Nous n'avons pas l'intention de refaire ici toute la description clinique de la maladie kystique de la mamelle. Nous avons aussi laissé de côté tout ce qui a trait à la pathogénie, très obscure d'ailleurs, de cette affection. Notre but, en effet, est d'ordre essentiellement pratique. Quelle est la nature des lésions ? Peuvent-elles évoluer vers la dégénérescence cancéreuse ? Et, s'il en est ainsi, quelles indications devons-nous en tirer en vue du traitement de la maladie ? Telles sont les questions que nous avons essayé de résoudre au cours de ce modeste travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Lorsque, le 1er octobre 1883, M. Reclus fit dans la *Revue de Chirurgie* sa première communication sur la maladie kystique de la mamelle, il ne s'agissait pas, à proprement parler, d'une maladie nouvelle. Mais personne jusqu'à ce moment n'avait désigné à celle-ci son véritable cadre et ne l'avait isolée des autres affections du sein en faisant une description complète clinique et anatomo-pathologique.

La maladie kystique n'a pas d'historique au sens propre du mot. Mais en parcourant les auteurs on peut trouver des descriptions de kystes des mamelles offrant les mêmes caractères que ceux décrits par M. Reclus.

A. Cooper décrivit, dans un article intitulé « Maladie hydatique de la mamelle », la glande « farcie de kystes ». Le volume des vésicules varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une balle de fusil. Dans la majorité

des cas la maladie envahit toute la mamelle. L'auteur insiste sur ce fait que la tumeur est indolente, et estime que la ponction des kystes est le meilleur moyen de diagnostic.

Velpeau a décrit la mastite chronique sous le nom d'induration en masse. Il signale même la bilatéralité de l'affection.

Dans la description toute clinique de Brodie, la maladie est mieux caractérisée ; l'auteur affirme la bilatéralité des lésions dans un grand nombre de cas.

Rien de particulier à signaler dans la description de Birkett. Il se borne à la description des kystes et à la critique de certaines observations de Cooper.

Paget, avec moins de détails mais plus de précision, parle des lésions histologiques des déchets épithéliaux, sans aller plus loin toutefois.

Dans le stroma glandulaire, Klotz a décrit de nombreux acini dont l'épithélium est en desquamation et en prolifération. De même le tissu conjonctif entourant ces acini présente des infiltrations inflammatoires. Les canaux excréteurs dilatés sont entourés d'un tissu conjonctif fibreux très dense. Dans un second cas, Klotz décrit la formation des kystes aux dépens des acini glandulaires.

Malassez, après avoir décrit en 1875 et 1876 la « maladie kystique du testicule et des ovaires », a inspiré à son élève Defaux une thèse sur l'origine épithéliale des kystes de la mamelle, où l'on voit les diverses transformations développées dans le tissu du sein.

CHAPITRE II

CARACTÈRES PRINCIPAUX

D'abord, dit Reclus, il n'y a pas de tumeur au sens propre du mot, la dégénérescence est générale ; vous avez bien une nodosité plus grosse que les autres, un renflement plus considérable, une cavité distendue par une quantité plus grande de liquide, mais des kystes en grand nombre sont épars dans toute la glande, et toujours ; on en trouve dans tous les lobules et peu de culs-de-sac y échappent. Le mal est donc diffus, et la cavité n'est pas développée, comme on l'observe pour la plupart des autres kystes, au milieu d'un néoplasme, sarcome, carcinome, épithélioma. En un mot, nous n'avons pas une tumeur kystique, mais des kystes semés dans toute la mamelle. C'est là le premier caractère qui est d'une haute importance.

En voici un second qui n'est pas moins significatif : la lésion atteint le plus souvent les deux glandes et les

kystes sont bilatéraux. Disons d'ailleurs que chirurgien et malade s'occupent souvent de la tumeur principale du kyste prépondérant, et laissent de côté ce qui est l'essence même de l'affection, ces nodosités miliaires semblables à des grains de plomb, incrustés dans le parenchyme, ces duretés, ses saillies qui provoquent à la palpation de la glande une sensation analogue à celle de ces pièges à oiseaux où le chènevis est collé sur une planchette. On dirait aussi que les culs-de-sac ont été injectés à la cire.

Ces deux signes suffisent, mais leur constatation n'est pas toujours facile.

La fluctuation existe bien quelquefois, mais elle manque si souvent qu'il faut avoir toujours recours à la ponction exploratrice.

La peau est normale, mobile, sans dilatation verruqueuse; elle glisse sur les saillies de la glande, jamais nous n'avons constaté l'adhérence des kystes aux téguments.

Les kystes, dont le volume varie, contiennent un liquide tantôt clair, transparent ou légèrement verdâtre, tantôt visqueux, épais, chargé d'une bouillie athéromateuse, de couleur noire, jaune, café au lait ou chocolat. Mais à ces divers aspects ne correspondent pas des différences très grandes de composition; il s'agit toujours d'une substance mucoïde qui tient en suspension des matières colorantes du sang, des globules déformés, des cellules tuméfiées et granuleuses et quelques cristaux.

CHAPITRE III

LÉSIONS HISTOLOGIQUES

Occupons-nous pour l'instant d'étudier les princi-
ales lésions microscopiques de la maladie kystique
ypique, telle qu'elle se présente à son début.

Besançon et Broca font remarquer que le tissu con-
onctif, partout adulte, ne présente pas d'altérations
nflammatoires dans leurs préparations.

Il n'y a pas de tumeur à proprement parler, mais tous
es lobules de la glande sont altérés à des degrés divers,
t cela depuis les petits acini remplis d'éléments épithé-
iaux jusqu'aux acini présentant d'énormes dilatations
ystiques avec dégénérescence des cellules transformant
'acinus en cavité kystique. Ils insistent sur ce fait que
'autre sein est normal et qu'ils n'ont pas constaté des
mas extralobulaires que Brissaud crut voir dans les
acunes lymphatiques et considéra comme un phénomène
le généralisation.

Quénu décrit le stroma fibreux adulte de la glande, exception faite pour quelques îlots de cellules rondes, comme exempt de toute trace d'inflammation. Les canaux galactophores dilatés et tapissés d'un épithélium cubique aboutissent à des acini parmi lesquels les uns présentent des bourgeons pleins, les autres des cavités kystiques tapissées d'un épithélium cubique présentant à certains endroits des cellules superposées paraissant être le siège d'une évolution granulo-graisseuse. Quelques acini sont entourés d'une zone fibreuse assez épaisse. Cet auteur admet le rôle primordial de l'épithélium dans la formation des kystes du sein et fait de la maladie une cirrhose épithéliale kystique d'origine inflammatoire ayant son point de départ dans l'épithélium, dont la perturbation aurait retenti secondairement sur le tissu conjonctif.

Brühl décrit la formation des kystes aux dépens des acini dont l'épithélium prolifère et remplit les cavités qui s'agrandissent par disparition des cloisons interacineuses dont les restes subsistent sous la forme de prolongement papillaire. Le tissu conjonctif prolifère et se transforme par la suite en anneaux fibreux denses autour des kystes.

König eut l'idée que les deux processus parenchymateux et interstitiel pouvaient provenir de la même cause. « L'histologie, dit-il, est caractéristique. Il y a des lésions définies de la glande existant avec des lésions du tissu interstitiel. L'intérieur des acini, comme des canaux excréteurs, commence à se remplir de cellules. L'épithélium est souvent stratifié à la suite d'une multiplication rapide, la nouvelle couche desquame cependant rapidement, et à la suite de cela les parois des acini se dilatent, quelques-uns se confondent les uns dans les autres, et il en résulte de grandes cavités où se

trouvent des débris cellulaires, des corpuscules graisseux et de la sérosité trouble.

» La plupart du temps, les canaux excréteurs forment des kystes. Les kystes s'agrandissent par la confluence et la dilatation due à la pression du liquide.

» J'insiste avec tous les auteurs sur l'état différent du tissu interstitiel. Régulièrement, quand j'avais affaire à des nodules relativement jeunes, je trouvais le tissu conjonctif très développé avec des noyaux et de nombreux leucocytes. Les vieux nodules sont facilement reconnaissables à la dureté fibreuse du tissu conjonctif. Cette dureté est en rapport avec celle des noyaux qui se répandent peu à peu dans la glande. »

L'idée qui se dégage de l'analyse de ces faits est, on le voit, qu'il s'agit d'un processus inflammatoire chronique et diffus, et, lorsque nous disons inflammatoire, nous prenons ce mot dans son sens général. Sous l'influence de ce processus irritatif, les cellules épithéliales prolifèrent, ce qui est un phénomène de réaction inflammatoire de l'épithélium glandulaire. Comme toute cellule différencielle de l'organisme, la cellule mammaire garde au cours de cette réaction ses caractères spécifiques qui se manifestent par sa tendance à produire des pseudo-acini au sein des masses épithéliales proliférées. Le processus irritatif, assurément multiple, provoque une hypertrophie de la glande et la formation des kystes.

Mais le microscope ne nous montre pas que la maladie kystique, à son début tout au moins, renferme le moindre élément de malignité.

CHAPITRE IV

EVOLUTION. — PRONOSTIC

L'évolution de la maladie kystique est généralement très lente. Reclus cite à cet égard une observation capitale. Il s'agit d'une dame de 53 ans qui, à 20 ans — donc 33 ans auparavant — avait reçu un coup sur le sein droit ; son médecin y constata l'existence d'une tumeur. Le professeur Roux, à qui la malade fut adressée, la retrouva aussi et en proposa l'ablation qui fut refusée. Plus tard, Maunoury père (de Chartres) revoit la dame et témoigne que la tumeur était alors grosse comme le poing. Maunoury fils est appelé en 1882 et reconnaît que cette tumeur se décompose en une quinzaine de noyaux distincts et indépendants. Il reconnaît une maladie kystique, propose l'ablation et se heurte à un refus. Un an après, nouvel examen qui établit indiscutablement que la deuxième mamelle est aussi atteinte. Chez cette malade, la maladie durait depuis 33 ans sans menacer

l'organisme. Mais l'affection ne reste pas toujours aussi bénigne.

Roloff, en 1900, décrit dans certains cas de cancer de la mamelle, dans des parties non cancéreuses de l'organe, des points qui présentent des lésions complètement analogues à celles de la maladie kystique : prolifération glandulaire, formation des kystes avec infiltrations inflammatoires interstitielles, dans lesquelles dominent des transformations tantôt épithéliales, tantôt conjonctives. Mais Roloff ne tranche pas la question, à savoir si les lésions de mastite chronique sont imputables à l'irritation cancéreuse ou bien si le néoplasme est le résultat de la prolifération kystique.

Dans son travail sur la genèse du carcinome, Tietze s'est occupé de la question. Il considère comme inexact de regarder l'hypertrophie de la glande et des acini comme un phénomène uniquement inflammatoire, même en présence des foyers d'infiltration, l'irritation cancéreuse pouvant entrer en ligne de compte pour l'explication de ce phénomène. Il croit aussi que dans une mamelle partiellement cancéreuse, au lieu de considérer l'hypertrophie glandulaire comme dépendante de l'inflammation, on pourrait l'envisager comme un stade initial d'évolution néoplasique.

L. Bard distingue deux types de maladie kystique : la première est une maladie kystique essentielle, probablement congénitale bilatérale ; la seconde est du type de la maladie kystique décrite par M. Reclus. Il classe cette dernière parmi les tumeurs épithéliales proprement dites : c'est un adénome kystique qui, bénin d'abord, peut cependant présenter à un moment donné la dégénérescence maligne.

L'observation suivante est très démonstrative quant à

cette transformation. M. le professeur Tédenat opéra le malade le 15 juin 1903, et M. Dobrinoff fit les constatations qui suivent :

Observation I

Maladie kystique en transformation cancéreuse

Examen macroscopique. — Toute la masse de la mamelle est dure, augmentée de volume et comme criblée de grains de plomb ou de nodules. Peau et mamelon sains.

A la coupe, faite en pleine glande hypertrophiée, on constate un tissu blanchâtre, dur à la coupe, de résistance conjonctive élastique. La surface de section est parsemée de parties plus dures et plus blanches qui forment une légère saillie et présentent à leur surface, soit un petit orifice, soit un kyste grisâtre et de nombreux comédons bosselés et gris rosé sur les bords. Cette masse donne un suc abondant au raclage.

Examen microscopique. — Dans les endroits qui n'ont pas subi de dégénérescence cancéreuse, la structure lobulaire des éléments glandulaires est conservée, quelques lobules présentent une augmentation du nombre de leurs acini et ils sont uniquement constitués d'acini d'aspect fœtal. D'autres sont constitués par un petit nombre d'acini dont les uns ont l'aspect fœtal et les autres présentent tous les stades de l'évolution kystique,

depuis la simple dilatation à double contour épithélial cylindrique jusqu'aux petits kystes à revêtement pluristratifié dont les cellules internes dégénèrent. Par l'atrophie et la résorption des cloisons interacineuses des petits kystes voisins, se forment de grands kystes à parois anfractueuses.

Sur la même coupe on distingue des acini très agrandis, transformés par un processus très actif en amas épithéliaux polymorphes limités par une membrane basale très épaisse. Par leur confluence, ils forment des agglomérations plus considérables entourées d'une limitante continue festonnée. Au sein de ces masses épithéliales, certaines cellules s'orientent, tout en refoulant les éléments voisins, de façon à circonscrire de petites cavités kystiques contenant quelques débris dégénérés et souvent un produit de sécrétion coagulé. A un degré plus avancé de prolifération, *la membrane se rompt*, et les éléments épithéliaux infiltrent les interstices du tissu conjonctif, et on assiste à un processus évident de transformation cancéreuse. Celle-ci s'observe aussi au niveau d'acini isolés. Au voisinage de ces transformations, on voit de petits groupes de cellules cancéreuses qui s'orientent de façon à former des pseudo-acini en contact immédiat avec la trame conjonctive. Plus loin, l'infiltration néoplasique revêt l'aspect de petits cordons cellulaires élevant les interstices conjonctifs.

Observation II

(Dobrinoff. — Thèse Montpellier, 1908)

Tumeur du sein. — Maladie kystique

Ablation complète du sein par M. le docteur Reboul, le 21 juillet 1903.

Examen macroscopique. — Peau normale avec de petites excroissances papilliformes à peu près sessiles et un petit nævus de dimension d'une lentille.

Le mamelon est énorme et forme une forte saillie plus large à son extrémité qu'à sa base ; à la pression, il sort un liquide puriforme de l'ouverture dilatée des canaux galactophores. La peau ne présente aucune adhérence avec la glande que l'on sent dure dans toute son étendue, mais surtout au voisinage du mamelon et en dedans, où l'on perçoit une induration mal limitée et comme criblée de grains de plomb, et au-dessous du mamelon, assez loin de lui, où il existe un noyau arrondi très dur, du volume d'une grosse noisette. En regardant la mamelle par sa face inférieure, le nodule en fait saillie et apparaît avec une teinte grise sépia.

Une coupe de la glande passant par cette formation démontre que ce nodule est un kyste distendu par un liquide grisâtre à fines gouttelettes graisseuses, et tapissé par une fine paroi rosée et lisse. Toute la partie attenante

de la glande est indurée, grisâtre, et présente un aspect fibreux criblé d'une grande quantité de petits kystes translucides.

Une coupe passant du centre du mamelon à la partie la plus dure de la mamelle montre que du mamelon partent des canaux galactophores extrêmement dilatés, grisâtres, dont certains renferment du liquide puriforme. A leur base les canaux divergent et vont se perdre dans le tissu glandulaire parmi les kystes du volume d'une tête d'épingle à une lentille. Le tissu glandulaire apparaît épaissi, très induré, grisâtre, criblé de nombreux kystes de volume variable et dont certains atteignent le volume d'un grain de chènevis à un petit pois. Certaines parties de la glande forment des nodules légèrement saillants, formés par un tissu dur, compact, blanchâtre, et qui, examinés de près, paraissent constitués par une néoformation conjonctive autour de petits orifices acineux, à peine visibles. Sur un côté, il s'écoule un liquide puriforme verdâtre, bien lié, mais légèrement graisseux; si l'on enlève l'excès de liquide, on voit qu'il s'écoule d'un kyste à paroi épaisse, du volume d'un petit pois, et de trois à quatre petits kystes voisins. Le kyste communique avec le canal galactophore qui porte son contenu jusqu'à l'extérieur.

A l'examen microscopique, la structure lobulaire de la glande est conservée. Dans les endroits où les kystes sont visibles à l'œil nu, la plupart des lobules ne présentent pas une augmentation du nombre de leurs acini.

Ceux-ci possèdent une membrane propre assez épaisse, et présentent différentes formes, depuis les acini d'aspect fœtal jusqu'à ceux saisis au début de leur dilatation à double revêtement épithélial. Ceux-ci présentent les différents stades de l'évolution kystique. On y voit des acini d'aspect fœtal à côté d'acini formant de petits kystes à

double rangée cellulaire, tandis que d'autres kystes du même volume présentent un revêtement épithélial pluristratifié dont les cellules internes dégénèrent. On observe encore des kystes par confluence à paroi anfractueuse. Les grands kystes à paroi fibreuse lisse sont tapissés d'un épithélium soit aplati, soit stratifié, qui subit la dégénérescence granulo-graisseuse. Sur la même coupe, à une certaine distance des grands kystes, les lobules sont très rapprochés les uns des autres et leurs acini, à paroi propre bien distincte, sont en nombre considérable. Beaucoup de lobules sont constitués uniquement par des acini d'aspect fœtal; dans d'autres, à côté des acini fœtaux, on en voit aux différents stades de l'évolution kystique.

Le tissu interacineux est embryonnaire dans beaucoup de lobules. Le tissu fondamental est fibreux et très dense. Il envoie dans l'intérieur de plusieurs lobules des bandes qui en divergeant vont former des anneaux fibreux autour des acini et des petits kystes. Par place la sclérose est tellement intense qu'on assiste aux différentes étapes de la transformation fibreuse des acini. Au cours de celle-ci l'épithélium commence, par place, à perdre ses limites distinctes. Ses éléments subissent progressivement la dégénérescence granulo-graisseuse, et finalement, dans les stades très avancés, il n'en subsiste que quelques détritus au centre de nodules fibreux. Quelques acini voisins, dont le processus épithélial est plus intense, augmentent de volume en formant des amas épithéliaux distincts limités par la membrane basale.

A côté des lobules décrits ci-dessus, il en est d'autres dont les acini d'aspect fœtal et serrés les uns contre les autres augmentent de volume, et, sans subir aucunement la dilatation kystique, se fusionnent en masses épithé-

liales limitées par une membrane basale à contour festonné. A un stade plus avancé, *la membrane se rompt et l'infiltration cancéreuse se produit.*

Le tissu fibreux est infiltré par place de petites cellules rondes du type mastzellen. Cette infiltration est dans les interstices tellement intense qu'elle y constitue de véritables foyers inflammatoires parcourus par de nombreux capillaires sanguins dilatés. En certains endroits, la zone d'inflammation, comprenant plusieurs lobules avec le stroma interlobulaire, est très étendue. En d'autres points, on voit au milieu d'un tissu conjonctif indemne un lobule infiltré à tel point qu'il devient difficile d'en distinguer les éléments, tandis que les lobules voisins, très riches en acini, ne présentent aucune infiltration inflammatoire.

Les foyers inflammatoires, dont la répartition topographique est irrégulière partout ailleurs, s'observent avec plus de régularité et de constance autour des grands kystes et des canaux galactophores irrégulièrement dilatés.

Voici un autre exemple de cette évolution cancéreuse : M. le professeur Reclus, qui le signala, lui consacra une de ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité :

Observation III

Il y a une dizaine d'années, dit M. Reclus, nous fûmes consulté par une dame d'âge mûr, et qui pré-

sentait tous les signes d'une maladie kystique : comme le diagnostic était incontestable, nous nous bornâmes à prescrire quelques préparations d'arsenic, repoussant toute idée d'intervention possible. Notre cliente vint nous voir, d'abord assez régulièrement, puis elle espaça ses visites et douze ans s'étaient écoulés depuis notre premier examen, lorsqu'elle revint nous consulter, et, dame ! le tableau clinique avait terriblement changé.

En effet, dans aucune des deux mamelles nous ne trouvions les kystes petits, gros et moyens qui les distendaient autrefois : ils avaient complètement disparu des deux côtés et à leur place nous constations à droite une tumeur dure, irrégulière, faisant corps avec le tissu glandulaire, adhérente à la peau capitonnée : le mamelon était rétracté et l'aisselle correspondante contenait des ganglions dégénérés. A gauche, les altérations étaient loin d'être aussi nettes, mais on pouvait déjà se demander si une néoformation épithéliale n'était pas en train d'apparaître. L'extirpation du sein droit fut proposée et acceptée, et la mamelle avec ses ganglions fut examinée par le professeur Cornil à qui l'histoire clinique de la malade avait été racontée : il chercha, sans en rencontrer la moindre trace, les kystes observés une douzaine d'années auparavant : il n'y en avait plus et la tumeur était bien un carcinome typique. Quelques mois ne s'étaient pas écoulés que le néoplasme de la mamelle gauche s'affirmait à son tour, et l'analyse de la glande extirpée montrait la texture d'un épithélioma.

Cette observation nous semble très concluante. Dans les cas cités plus haut, de Roloff, on pouvait discuter : on trouvait bien à la fois un cancer et une maladie kystique, mais rien n'indiquait que cette dernière fût la

cause du cancer. Ici rien de pareil, car enfin, dans les maladies kystiques les lésions des mamelles sont bilatérales ; elles sont unilatérales dans les cancers et les cas sont exceptionnels où les deux glandes sont prises. Or, ici, le cancer fut bilatéral. Il est très difficile de ne pas admettre que la mammite chronique « avait fait son lit » à l'épithélioma. La prolifération des cellules atypiques a trouvé là un terrain favorable.

Voici un autre exemple incontestable de la transformation cancéreuse de la maladie kystique. Nous le trouvons dans *Annals of surgery*, 1903 (Ellis) :

Observation IV

Ablation d'un sein atteint de maladie kystique chez une femme de 63 ans

La mamelle présente un noyau dur de 25 millimètres de diamètre d'où part une bande de tissu longue et mince ayant les mêmes caractères généraux que le noyau lui-même. Quelques-uns des ganglions de l'aisselle sont gros et durs.

L'examen histologique montre qu'un certain nombre de portions de la glande mammaire sont le siège d'une mastite interstitielle chronique. De nombreux lobules présentent les caractères de la dégénérescence kystique. Par places on voit plusieurs acini fondus en une seule

cavité tapissée d'une ou plusieurs couches de cellules épithéliales basses, cubiques ou polyédriques. Plusieurs de ces cavités sont presque remplies par des amas de débris granuleux contenant des cellules épithéliales plus ou moins nécrosées. Sur certaines coupes, on voit, dans le stroma, des masses mal définies de cellules épithéliales polyédriques. Ces cellules ne sont limitées par aucune membrane propre, mais elles infiltrent les tissus d'une manière irrégulière. Fait très important : sur la coupe d'une de ces cavités on voit que les cellules épithéliales qui tapissaient la paroi on fait irruption à travers celle-ci et sont en continuité directe avec les amas de cellules contenues dans le stroma fibreux adjacent.

L'examen des ganglions axillaires montre qu'ils contiennent des cellules épithéliales semblables à celles de la mamelle.

Nous pourrions citer d'autres observations démontrant nettement la dégénérescence maligne de la maladie kystique. La thèse de Sicre (Paris, 1900) en contient un certain nombre.

Il faut bien conclure que la dégénérescence cancéreuse n'est pas aussi rare qu'on veut bien le dire, et l'on conçoit toute l'importance de cette constatation dans la direction à donner au traitement de la maladie kystique.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Du jour où M. Reclus eut séparé la maladie kystique des autres inflammations chroniques de la glande mammaire, les chirurgiens se mirent à pratiquer systématiquement l'ablation totale. Mais bientôt une réaction se produisit, réaction tellement vive qu'actuellement on refuse non moins systématiquement l'intervention radicale.

La compression prolongée du sein suffirait la plupart du temps à faire disparaître les kystes. L'observation de M. le professeur Gilis, que nous reproduisons plus bas, en est un exemple.

Lorsque cette compression ne suffit pas, voici quelle serait l'opération de choix. Inciser dans le pli sous-mammaire de façon à pouvoir aborder la glande par sa face postérieure et cautériser les kystes au thermocautère.

Cette nterventlon soi-disant conservatrice entraîne la perte fonctionnelle de l'organe, car un des caractères de

l'affection étant la « dégénérescence générale », la cautérisation, pour être efficace, doit être très étendue. Il en résulte une rétraction fibreuse incompatible avec la sécrétion ; il en résulte aussi que les raisons d'esthétique invoquées pour justifier cette opération ne peuvent être prises qu'en minime considération. Tout cela serait peu de chose, vu l'âge généralement avancé des malades, si l'opération était réellement curatrice. Or il est permis de douter qu'il en soit ainsi. Le moindre kyste laissé dans le sein peut être le point de départ d'une nouvelle éclosion de la maladie.

Qu'on se rappelle l'exemple rapporté par M. Reclus : un chirurgien opère une mamelle kystique, la malade est prise d'une syncope sous le chloroforme ; il termine l'opération un peu vite, croyant bien d'ailleurs avoir enlevé la totalité de la tumeur ; quelque temps après, le moignon était de nouveau envahi. C'est qu'il était resté une partie de la glande dégénérée. Or, est-on bien sûr que pas une parcelle n'échappera à l'action du thermocautère ? Et, dès lors, les kystes peuvent réapparaître et rien ne s'oppose à la transformation cancéreuse.

Concluons donc que, si la compression ne fait pas disparaître les kystes, il faut se résoudre à l'ablation large, radicale de la mamelle. On est sûr alors de se mettre à l'abri des récidives et de leurs conséquences.

Les deux observations suivantes montrent bien que la guérison ainsi obtenue est rapide et définitive :

Observation V

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gilis)

Mme A..., 45 ans, a senti depuis un an se développer dans le sein gauche des nodosités variant du volume d'une noix à celui d'une noisette. Trois kystes sont très apparents au-dessous du mamelon. Un petit ganglion dans l'aisselle.

Opération le 20 septembre 1906. Ablation totale du sein, curage de l'aisselle. Suites très simples : le 4 octobre la malade sort de la villa Fournier. La guérison fut définitive ; la malade mourut cinq ans après d'une autre maladie.

Quelque temps après l'opération, un petit nodule ayant apparu dans le sein droit, M. le professeur Gilis se contenta de faire de la compression et ce noyau disparut.

Observation VI

(Due à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran)

Dame de 48 ans. Nombreuses nodosités kystiques dans le sein gauche. Opération en 1900. Résultats excellents.

BIBLIOGRAPHIE

BARD (L.) et LEMOINE (G.). — De la maladie kystique essentielle des organes glandulaires ou angiome des appareils sécrétoires (Arch. de méd., août, p. 151, sept., p. 313).

BEZANÇON et BROCA. — Bull. Soc. anat., 1886, p. 38.

BRISSAUD. — Anatomie pathol. de la maladie kystique des mamelles (Arch. de phys. normale et path., 1884, 3e série, t. III, p. 98).

BRÜHL. — Beitrag zur Anatomie des Mammacysten (Inaug. Diss., Bonn, 1892).

CORNIL et MARIE. — Epithélioma papill. du sein (Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1898, n° 14).

CORNIL et PETIT. — Maladie kystique de la mamelle (Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris, 1905, n° 1, p. 3).

ELLIS. — Annals of surgery, 1903.

DELBET. — Maladie kystique et mammite chronique (Traité de chir., t. V, p. 826, 1898).

DOBRINOFF. — Thèse Montpellier, 1908.

DOR. — De la mal. kyst. de la mamelle (Soc. de chir., 1899, p. 349).

KLOTZ. — Ueber einige seltene Erkrankungen der Weiblichen Brustrüse (Langenbeck's Arch. f. Klin. Chir., Bd XXV, s. 49, 1880).

König. — Mastitis chronica cystica (Centralbl. f. Chir., 1893, n° 3, s. 49).

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie.

Quénu. — Maladie kystique du sein (Bull. Soc. de chir., 1888, p. 172).

Reclus. — Revue de chirurgie, 1884. — Gaz. des Hôpitaux, 1887.— Journal des praticiens, 1910.

Roloff. — Ueber chronische Mastitis und das sogen nannte Cystadenom (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd LIV, s. 106, 1900).

Sicre. — Contribution à l'étude de la maladie kystique des mamelles (Thèse de Paris, 1900).

Tietze. — Ueber Epithelveræenderungen in der senilen, weiblichen Mamma (Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1904, Bd 75, p. 117). Ueber das Cystadenoma mammæ und seine Beziehungen zum Carcinom der Brustdrüse (Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1900, Bd 56, s. 512).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!